

2/ zdolność do samodzielnego funkcjonowania*:

- a) wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą konieczna opieka,
b) poruszanie się: samodzielnie z pomocą konieczna opieka,
c) prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie z pomocą konieczna opieka,

3/ wykształcenie*: bez wykształcenia podstawowe zasadnicze średnie wyższe

4/ zawód wyuczony 5/ zawód wykonywany

6/ aktualne zatrudnienie

7/ korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego (jakiego?).....

Oświadczam, że*:

- pobieram emeryturę rentę - podać z jakiej instytucji (ZUS, KRUS, MON, MSWiA).....
 aktualnie nie toczy się toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznictwem, podać jakim (ZUS, Sąd Pracy, Wojewódzki Zespół)
- nie posiadam posiadam orzeczenie (podać przez kogo wydane i do kiedy jest ważne).....
-
- nie składałem(am) składałem(am) wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(podać rok i nazwę powiatowego zespołu)

Na posiedzenie składu orzekającego* :

- mogę przybyć,
 nie mogę przybyć (w tym przypadku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające
niemożność wzięcia udziału z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby).

W związku z posiadaniem ważnego orzeczenia o*:

- zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
(wydane przed 01.01.1998 r.) (wydane przed 01.01.1998 r.)
 niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji,

wyrażam zgodę na rozpatrzenie wniosku na podstawie* :

- ogólnych zasad ,
 art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu
osób niepełnosprawnych tj. do ulg i uprawnień.
(W postępowaniu obecność wnioskodawcy jest obowiązkowa. Od tego orzeczenia nie można wnieść odwołań).

*W celu uzyskania orzeczenia w trybie art. 5a ustawy, należy dołączyć do wniosku oryginał orzeczenia
lub kopię potwierdzoną za zgodność przez organ, który wydał to orzeczenie.*

OŚWIADCZAM, iż:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- dołączone przeze mnie kopie dokumentów medycznych są zgodne z oryginałami.

W załączeniu przedkładam* :

- oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia,
 kserokopie (potwierdzone za zgodność) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne
leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowe RTG, MR, TK, badanie
psychologiczne, inne,
 kserokopie posiadanych orzeczeń Lekarza Orzecznika ZUS, orzeczeń o grupie inwalidzkiej, orzeczeń KRUS,
orzeczeń o stopniu niepełnosprawności, orzeczeń komisji branżowej (MSWiA, WKL).
 OŚWIADCZAM, że nie posiadam, innej niż złożona przy wniosku, dokumentacji medycznej dotyczącej
stanu mojego zdrowia.

POUCZENIE – wniosek o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności można
złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych
osobowych dostępna jest w siedzibie Zespołu
oraz na stronie internetowej:

<http://orzecznictwopila.mojbip.pl>

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego)

* właściwe zaznaczyć znakiem X

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(dotyczy osoby powyżej 16 roku życia)

Imię i nazwisko

Data urodzenia..... miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....
.....
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, (w załączeniu):

.....
.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....
.....
.....

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE*

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

11. W/w. Pan/i wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

12. W/w. osoba jest niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu **długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby:**

TAK / NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza

**Zaświadczenie lekarskie
(wypełnić w przypadku trwałej niezdolności do odbycia podróży – dot. pkt. 12)**

Stwierdza się, żePESEL.....
(imię i nazwisko pacjenta)
jest trwale niezdolna/y do odbycia podróży, celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego,
z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby (podać charakter schorzenia):

.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

Uwaga: Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne tylko 30 dni.

* niepotrzebne skreślić

Nr sprawy PZOON.42010.....

Data.....

INFORMACJA SPOŁECZNO – ZAWODOWA

osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

1. Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

2. Kwalifikacje:

1) Aktualny sposób realizacji obowiązku nauki/kształcenia:

a) rodzaj szkoły/placówki.....

b) rok nauki/klasa

c) sposób realizacji nauki/ szczególne wskazania.....

2) Ukończone szkolenia i kursy, zdobyte uprawnienia (jakie)

3) Inne (np. studia podyplomowe, specjalizacje, kontynuowanie nauki) –

4) Znajomość obsługi komputera: brak znajomości ,

słaba ,

dobra ,

bardzo dobra

5) Znajomość języków obcych (jakich).....

brak znajomości , słaba , komunikatywna , bardzo dobra ,

3. Przebieg kariery zawodowej:

1) Ogólny staż pracy –

2) Wykonywane zawody (w trakcie zatrudnienia).....

3) Przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia –

4. Plany zawodowe oraz motywacja do zatrudnienia:.....

5. Sytuacja mieszkaniowa:

Mieszkanie: własnościowe , lokatorskie , mieszkanie wynajęte ,

Komunalne/kwaterunkowe , dom jednorodzinny , inne, jakie

Metraż mieszkania..... m², liczba pokoi....., piętro.....

Łazienka: Tak , Nie , poza mieszkaniem ,

WC: Tak , Nie , poza mieszkaniem ,

Oddzielna kuchnia: Tak , Nie , Ogrzewanie centralne/inne.....

Czy mieszkanie wyposażone jest w podstawowy sprzęt gospodarstwa domowego:

Tak , Nie .

Czy mieszkanie jest przystosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej:

Tak , Nie , Jakże istnieją potrzeby.....

6. Informacja o funkcjonowaniu na poziomie aktywności indywidualnej :

1) Zdolność do utrzymania higieny osobistej:

samodzielnie z pomocą wymagana opieka
w jakim zakresie

2) Zdolność do ubierania i rozbierania się:

samodzielnie z pomocą wymagana opieka
w jakim zakresie.....

3) Zdolność do przygotowanie posiłków:

samodzielnie z pomocą - (w jakim zakresie).....
.....

4) Zdolność do spożywania posiłków:

samodzielnie z pomocą - (w jakim zakresie)

5) Zdolność do przemieszczania się:

samodzielnie z pomocą - (w jakim zakresie).....
.....

- wstawanie z łóżka - samodzielnie , z pomocą ,

- poruszanie się w mieszkaniu - samodzielnie , z pomocą .

6) Zdolność do korzystania z publicznych środków transportu:

samodzielnie , z pomocą , wymagana opieka .

7) Zdolność do słyszenia: pełna , ograniczona .

- używa aparatu słuchowego - Tak , Nie .

8) Zdolność do widzenia: pełna , ograniczona .

- używa szkła korekcyjne (okulary) - Tak , Nie .

7. Potrzebne usługi rehabilitacyjne:

1) Terapia zajęciowa.....

2) Inne – jakie

Właściwe zaznaczyć – X

.....

Podpis wnioskodawcy

.....
(imię i nazwisko)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE
o miejscu pobytu stałego

Pouczony o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że ² :

- moim miejscem pobytu stałego,
- miejscem pobytu stałego dziecka,
- miejscem stałego pobytu osoby w imieniu której składam wniosek

jest:
(należy wpisać **ADRES MIEJSCA POBYTU STAŁEGO**)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny – *kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia

² Właściwe zaznaczyć